

# 116 例大型听神经瘤的手术治疗\*

吴德宜, 陈 军, 陈 章, 吴海滨, 郭秀元

(连云港市第一人民医院神经外科, 江苏 连云港 222002)

**摘要:**目的 探讨大型听神经瘤手术的入路, 术中保留面神经、听神经的方法。方法 大型听神经瘤 116 例, 112 例采用一侧枕下入路, 4 例采用颞枕天幕上入路; 81 例肉眼下全切除, 18 例显微镜下全切除, 次全切除 17 例。结果 术后周围性面瘫 104 例, 其中 24 例在术后 6 个月恢复, 面神经功能保留率为 31.03%。4 例出现颅内血肿。结论 手术入路的选择, 显微镜下精细操作及熟悉桥小脑角显微解剖对听神经瘤切除、保留面神经至关重要; 适当的术前、术后处理, 可提高疗效。

**关键词:**听神经瘤; 显微手术; 面神经

**中图分类号:**R739.4 **文献标识码:**B **文章编号:**1000-2065(2003)06-0587-02

大型听神经瘤是指听神经肿瘤直径  $>4 \text{ cm}$ <sup>[1]</sup>。1976 年 1 月~1998 年 12 月, 我院共手术切除大型听神经瘤 116 例, 效果良好, 现将治疗经验报告如下。

## 1 临床资料

1.1 一般资料 男性 52 例, 女性 64 例。年龄 18~61 岁, 中位年龄 45 岁。病程 6 个月~5 年。病灶位于左侧 64 例, 右侧 48 例, 双侧(NF2 型)4 例。原发肿瘤 108 例, 复发肿瘤 8 例。肿瘤直径 4~4.9 cm 者 58 例, 5~5.9 cm 者 47 例, 6~8 cm 者 11 例。

1.2 症状及体征 耳鸣、听力下降 80 例, 头痛、头晕 46 例, 面部麻木 26 例, 视乳头水肿 96 例, 咽反射迟钝 66 例, 声嘶及吞咽发呛、咽发射消失 21 例, 走路不稳及同侧共济障碍 93 例, 一侧肢体力弱及病理反射阳性 19 例。

1.3 辅助检查 头颅 CT 检查平扫 54 例, 高密度 38 例, 低密度 8 例, 混杂密度 8 例, 注入造影剂后均有不同程度增强。MRI 检查 48 例, 均呈短 T1、长 T2 表现, 注射 Gd-DTPA 增强均呈阳性。

1.4 治疗 112 例采用一侧枕下入路, 4 例采用颞枕天幕上入路; 肿瘤实质性 108 例, 囊性 8 例。81 例肉眼下全切除, 18 例显微镜下全切除, 17 例显微镜下次全切除。术后有周围性面瘫者 104 例; 4 例出现颅内血肿, 2 例位于手术部位, 2 例位于远隔部位的幕上硬膜外血肿, 予以手术清除。8 例术前有后组颅神经麻痹, 术后切开气管, 10~14 天后咳嗽反射恢复后拔除气管套管。4 例术后全身衰竭死亡。

1.5 面瘫恢复情况 术后面瘫 104 例, 随访时间 6 个月~15 年, 24 例在 6 个月后面肌功能恢复, 加上

术后面神经功能正常者 12 例, 本组面神经功能保留率为 31.03%(36/116)。

## 2 讨论

听神经瘤是较多见的颅内良性肿瘤, 如能完全切除, 可获治愈。手术中不仅要尽可能全切除肿瘤, 而且要尽可能保留面神经, 不能损伤脑干和后组颅神经。

手术入路的选择对听神经瘤切除至关重要。本组采用颞枕下经小脑幕入路 4 例, 枕下入路 112 例。Yasargil 和 Fisher 报告听神经瘤全切除率达 98%, 面神经保留率达 79%~90%。本组肿瘤全切除 99 例, 占 88.39%; 保留面神经 36 例, 占 31.03%。

文献报告<sup>[2]</sup>面神经位于肿瘤前上方者占 20%~49%, 位于正前方占 20%。可见面神经与肿瘤位置有一定的规律。由于肿瘤的长期压迫, 面神经通常附在瘤壁上成一薄片, 肉眼下不易辨认, 在显微镜下剥离肿瘤与脑干交界面处时, 应特别留心查找面神经。如面神经在近内听道处不易剥离, 可用磨钻磨开内听道, 可见面神经在前方, 耳蜗神经在前下方; 如果肿瘤巨大并与面神经粘连紧密、不容易解剖分离, 则行大部切除, 保留包绕面神经的肿瘤组织, 尽可能保留面神经功能, 切除肿瘤后应严密缝合硬膜防止局部积液。

Sheptak 等提出二期手术, 即第一期手术作肿瘤大部切除, 间隔 6 个月后进行第二期手术, 再切除与脑干粘连的残余肿瘤, 这样 65% 患者保留面神经功能, 78% 患者术后能恢复原来工作。这种方法适用于巨大肿瘤向内侧生长、明显压迫脑干、使脑干呈

\* 作者简介: 吴德宜(1956-), 男, 江苏连云港人, 主治医师, 学士。

“C”型改变者。

参考文献:

[1] 蒋大介, 杨国源. 实用神经外科手术学[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 1990. 171-173.

[2] 张远征, 周定标, 张纪, 等. 听神经瘤全切的面、耳蜗神经保留[J]. 中华神经外科杂志, 1993, 9(6): 315-317.

收稿日期: 2003-09-08 修回日期: 2003-11-03

本文编辑: 程春开

# 连续 104 例食管胃左颈吻合无瘘发生报道\*

陈伟, 方良伟, 卞钧, 田小丰

(淮安市第二人民医院胸心外科, 江苏 淮安 223002)

**摘要:**目的 探讨导致食管癌手术切除颈部吻合口瘘发生的主要原因。方法 回顾性分析 104 例食管癌手术切除资料。结果 术中吻合口周围污染是吻合口瘘发生的主要原因。

**关键词:**食管癌切除术; 吻合口瘘; 双层食管胃吻合术; 术中污染

**中图分类号:** R735.1; R655.4 **文献标识码:** B **文章编号:** 1000-2065(2003)06-0588-02

近期, 我科采用双层食管胃吻合方法, 同时注意减少术中污染、精细吻合操作等, 取得了连续 104 例无吻合口瘘发生的良好效果。现总结部分经验报道如下。

## 1 资料和方法

1.1 一般资料 104 例患者中, 男 61 例, 女 43 例, 年龄 42~72 岁。食管中段、中下段癌 84 例(80.8%), 病灶长度≤5 cm 者 59 例, >5 cm 者 25 例; 食管中上段癌 11 例(10.5%), 病灶均≤5 cm。食管上段癌 9 例(8.6%), 病灶全部<5 cm。全部病例均为鳞癌, I 级分化 15 例, II 级分化 55 例, III 级分化 34 例。食管中段、中下段癌均采用左侧进胸术式, 其中 2 例因病灶范围较大(9 cm, 10 cm), 行姑息切除; 病灶长度>5 cm 的 25 例患者术后均行放疗。食管中上段癌采用左颈、右胸、上腹三切口术式, 食管上段癌均采用左颈、上腹切口食管剥脱术, 此两组患者术后全部放疗。全部病例均在左颈采用双层食管胃吻合合法重建消化道。

1.2 手术方法 胸腹操作食管离断、胃游离后, 在左颈胸锁乳突肌内前缘做 4~5 cm 皮肤斜切口, 切开皮下、颈阔肌后, 沿胸锁乳突肌内前缘向深面分离颈前肌群至甲状腺, 再沿甲状腺外侧向下分离找到食管, 游离食管, 保护喉返神经。钝性沿食管周围间隙向下与胸内食管相沟通, 并由此切口向上牵出已离断食管和胃底, 行颈段食管与胃底预设吻合口部双层内翻吻合。先在距吻合口边缘 0.8 cm 处食管肌层和胃浆肌层预设 5 道褥式缝线, 包括左右两端标志线, 打结后作为吻合口外层后壁。然后在预设

吻合口处切去食管, 剪开胃壁供吻合用。细线全层缝合后壁, 注意对齐粘膜层; 再细线全层缝合前壁, 线结打在腔内, 此层作为吻合口内层。前壁再次褥式内翻缝合三道, 作为吻合口外层前壁, 结扎后前壁呈现内翻加强。固定胃壁于颈深肌群数针以防止吻合口张力过大, 疏松缝合颈阔肌以及皮肤, 放置皮片引流。术后 24 h 左颈换药, 48 h 拔除皮片。

## 2 结果

全部 104 例患者中, 无手术死亡病例, 无左颈部吻合口瘘。由于术后加强换药, 切口皮肤均 II/甲、II/乙级愈合。术后 12 例患者(11.5%)出现呼吸表现, 经吸氧、延长心电监护时间、扩张支气管药物、胸壁理疗、助咳、抗感染等综合处理后痊愈。7 例(6.7%)出现心衰表现, 给予吸氧、维持水电解质平衡、控制出入量、强心、利尿、加强监护等措施后痊愈。9 例(8.6%)出现肺部感染表现, 给予雾化吸入、增加液体输入、鼓励咳嗽、咳痰、加强抗感染等措施, 均在 5~7 天内痊愈。27 例(28%)手术患者未输血。随诊 1 年, 近期吻合口狭窄 11 例(10.6%), 均转入介入科采用扩张和放入支架解除症状<sup>[1]</sup>。返流性食管炎 5 例(4.8%)。

## 3 讨论

食管癌手术治疗在颈部重建消化道较易并发吻合口瘘。国内报道发生率为 5%~10%<sup>[2]</sup>。为了降低颈部吻合口瘘发生率, 各地医疗单位采用了多种吻合方法<sup>[3]</sup>, 如单层宽边吻合法<sup>[4]</sup>、单层不等边距吻合法<sup>[5]</sup>等, 近来还出现采用了机械吻合方法<sup>[6]</sup>。尽

\* 作者简介: 陈伟(1970-), 男, 江苏淮安人, 主治医师, 学士。